

SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

alle Ärzte, die mich wegen des am _____ erlittenen Unfalls/Vorfalles seither behandelt haben oder zukünftig behandeln werden, von ihrer ärztlichen Schweigepflicht, unter der Bedingung, dass die von mir beauftragten

M & P

Rechtsanwälte Menzel & Porzberg

Bergische Straße 23
51766 Engelskirchen
Tel.: 02263-7159059
Fax: 02263-7159060

bei jeder erteilten Auskunft und Stellungnahme gleichzeitig eine Abschrift erhalten.

Gleichzeitig sind o. g. Rechtsanwälte beauftragt und bevollmächtigt, die Patientenakte einzusehen sowie entsprechende Erklärungen in meinem Namen abzugeben. Diese Entbindungserklärung gilt gegenüber den beteiligten Rechtsanwälten, Gerichten, Behörden und Strafverfolgungsbehörden, sowie gegenüber den beteiligten Versicherungsgesellschaften.

Engelskirchen, den _____

Unterschrift